UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 91

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE LA

CÉSARIENNE ITÉRATIVE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Juillet 1912

PAR

Pierre BENOIT

Né à Cette (Hérault), le 12 mars 1887

Ex-interne des Hôpitaux d'Avignon et de la Maternité de Vaucluse

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

TÉDENAT, Professeur, *Président.*
PUECH, Prof.-adj.
LEENHARDT, Agrégé
DELMAS, Agrégé

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et 28, Rue Dom-Vaissette

1912

DE LA

CÉSARIENNE ITÉRATIVE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 91

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE LA

CÉSARIENNE ITÉRATIVE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Juillet 1912

PAR

Pierre BENOIT

Né à Cette (Hérault), le 12 mars 1887

Ex-interne des Hôpitaux d'Avignon et de la Maternité de Vaucluse

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

TÉDENAT, Professeur, *Président.*
PUECH, Prof.-adj.
LEENHARDT, Agrégé
DELMAS, Agrégé

Assesseurs

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et 28, Rue Dom-Vaissette

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	Doyen.
SARDA	Assesseur.
IZARD	Secrétaire

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (O. ✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG (ch. d. fonct.)

Examinateurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, *Président.*	MM. LEENHARDT, *Agrégé.*
PUECH, *Profes.-adj.*	DELMAS, *Agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE
MONSIEUR LE PASTEUR BENOIT-LEENHARDT

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde affection.

P. BENOIT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL CASSIN

CHIRURGIEN EN CHEF DES HOPITAUX D'AVIGNON ET DE LA MATERNITÉ DE VAUCLUSE

P. BENOIT.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PUECH

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
LEENHARDT ET DELMAS

A MES MAITRES DES HOPITAUX D'AVIGNON

P. BENOIT.

DE LA

CÉSARIENNE ITÉRATIVE

INTRODUCTION

Nous avons eu, durant le cours de notre internat à la Maternité de Vaucluse, l'occasion de pratiquer il y a quelques mois une opération césarienne itérative sous le contrôle et grâce à l'amabilité de notre maître le docteur Cassin. C'est de cette observation, entièrement personnelle, qu'est partie l'idée première de notre travail.

Nous n'avons pas la prétention de faire une mise au point définitive de la question ; nous n'avons ni l'expérience, ni l'autorité nécessaire pour cela. Nous voudrions simplement énoncer les idées qui nous ont été suggérées par les travaux récents faits sur la question en nous appuyant sur le fait clinique que nous avons observé et sur les dernières observations de césarienne itérative dont nous avons eu connaissance.

Si l'opération césarienne proprement dite est une opération obstétricale des plus anciennes, elle donna longtemps des résultats pitoyables au point de vue maternel. Il faut arriver à une période proche de la

nôtre pour assister, grâce à l'antisepsie, au triomphe de la césarienne conservatrice sur les césariennes mutilatrices, très en honneur jusqu'alors. L'avènement de l'opération conservatrice a pour conséquence immédiate la possibilité de pratiquer une seconde intervention sur une même femme, enceinte à nouveau. Dès lors, la césarienne itérative prend la place qui lui est due au milieu des autres manœuvres obstétricales.

Cependant, on retrouve rapportées dans les anciens auteurs un certain nombre d'hystérotomies répétées. Sans nous attacher au cas de Nancrède, qui aurait opéré six fois de suite la même femme, nous retrouvons des faits plus scientifiquement établis. Baqua (de Nantes), en 1797, est probablement le premier qui réussit à pratiquer la césarienne pour la seconde fois sur un même sujet. Michaëlis, en 1856, aurait opéré quatre fois une même femme. Decœnne, en 1852, et OEttler, en 1863, en firent autant.

Wiel, Malgaigne et Hasse, en préconisant et en pratiquant les sutures utérines dans la césarienne conservatrice, éclaircissent le pronostic de cette intervention et favorisent ainsi le développement de la césarienne itérative. Il faut cependant arriver à la vulgarisation de l'antisepsie pour voir s'affirmer les succès de la césarienne conservatrice.

En 1882, simultanément Kehrer à Heidelberg, et Sänger, assistant de Léopold, à Leipzig, publient leurs mémoires sur la conservation de l'utérus après la section césarienne et sur les avantages que présentent les sutures utérines, donnant ainsi un nouvel élan à la césarienne conservatrice.

Acceptée d'abord timidement, l'hystérotomie trouve

d'ardents défenseurs avec Léopold et Bar et devient dès lors une opération courante que l'on peut répéter sur une même femme.

Léopold, sur 100 césariennes (1882-1896), a opéré onze femmes 2 fois, une 3 fois et une 4 fois. A la clinique de Braun, à Vienne, sur 74 opérations de 1889 à 1896, on a opéré cinq femmes 2 fois et une 3 fois. Œshauser, sur 29 cas de césarienne, opère deux femmes 2 fois et deux 3 fois. Chez Zweifel, à Leipzig, sur 53 opérations césariennes, onze le furent 2 fois et quatre 3 fois.

La littérature médicale contient un certain nombre de cas de césarienne répétée plusieurs fois sur un même sujet. Abel cite le cas d'une femme opérée 4 fois. Fruhinsoltz a hystérotomisé une achondroplasique pour la quatrième fois. Birnbaum en 1884 répéta la césarienne pour la cinquième fois sur la fille Rittgen, qui malheureusement mourut d'une embolie le cinquième jour après l'opération. Le professeur Charles (de Liège) a également pratiqué 5 césariennes sur une même femme.

Dans ce rapide historique nous assistons au développement progressif qu'a subi l'emploi de l'itérative dans la thérapeutique obstétricale ; elle n'est plus une opération d'exception, mais est devenue une intervention courante pratiquée par la plupart des accoucheurs. Le nombre des hystérotomies répétées et publiées par leurs auteurs est assez considérable pour se faire une idée de la valeur de la césarienne itérative.

Mérite-t-elle la faveur dont elle est l'objet ? n'a-t-elle pas en certains cas des résultats fâcheux ? quelle est la technique un peu spéciale qu'elle comporte ? quelles sont ses indications plus précises que celles de la césarienne

ordinaire ? Ce sont là les questions que nous nous sommes posées.

Après avoir énoncé les faits cliniques qui servent de base à ce travail, nous envisagerons successivement ces divers points.

FAITS CLINIQUES

Observation I (1)

Opération césarienne itérative 40 heures après le début du travail.

Le 11 septembre 1911 à 11 heures du soir, entre à la clinique obstétricale la nommée Augustine B..., 21 ans, II pare, marchande ambulante. La parturiente, qui ignore l'époque de ses dernières règles, paraît cependant être arrivée au terme normal d'une grossesse ayant évolué sans incident. Les premières douleurs ont apparu le 11 septembre à 9 heures du matin ; le soir de la même journée, rupture spontanée des membranes. Les douleurs continuent régulières et une sage-femme appelée dans la nuit du 11 au 12 trouve que tout va bien. Cependant après une nuit et une nouvelle journée de douleurs inefficaces quoique énergiques; la femme est transportée le

(1) J. et P. Delmas. — Réunion obstétricale de Montpellier. Décembre 1911.

12 à 8 heures du soir à l'hospice de L... et l'on tente sans résultat une application de forceps au détroit supérieur. Cet insuccès décide le médecin à diriger la malade sur la clinique obstétricale de Montpellier où elle arrive 40 heures après le début du travail et près de 30 heures après la rupture des membranes. Dans l'intervalle la femme a été examinée et touchée par deux personnes différentes.

Malgré la longue durée du travail on est frappé par la persistance des bruits du cœur fœtal normaux comme nombre et d'une remarquable intensité. L'auteur élimine *ipso facto* l'éventualité d'une basiotripsie malgré que le fœtus commence à rendre le méconium. D'un autre côté l'état général de la femme serait excellent, n'était une légère excitation nerveuse. Le pouls est un peu rapide : pas de température : le liquide amniotique légèrement teinté en vert ne présente aucune odeur. Bref, si tout dans l'interrogatoire doit faire craindre l'infection de l'œuf, aucun signe clinique ne vient en donner la moindre confirmation. Le palper ne donne aucun renseignement. Le toucher permet de constater une volumineuse bosse séro-sanguine prolongeant un sommet fortement appliqué sur le détroit supérieur et empêchant d'atteindre le promontoire. La dilatation est complète.

Le diagnostic de rétrécissement du bassin suggéré par la longue durée du travail malgré d'énergiques contractions et par l'inspection générale de la femme qui porte tous les stigmates apparents d'un rachitisme très accentué est confirmé par l'interrogatoire. La parturiente raconte que sa première grossesse, qui date de 3 ans, s'est terminée par une césarienne effectuée à l'hôpital de Toulouse treize heures après le début de travail et la rupture des membranes qui furent simultanées. Elle s'est

levée le dixième jour après l'opération sans avoir présenté la moindre complication.

Devant une telle éventualité clinique, l'auteur n'ose pas tenter une pubiotomie sur un bassin dont il ignore la valeur exacte du rétrécissement, qu'il est pour le moment impossible de mesurer. Une nouvelle application de forceps serait sûrement sans résultat. Il ne reste donc que la voie abdominale. Fera-t-on une césarienne conservatrice classique, une sous-péritonéale ou un Porro? Tout, dans l'histoire de la malade, paraît pousser à cette dernière intervention. Cependant on lui préfère la césarienne conservatrice, en se basant sur l'absence d'un signe quelconque d'infection et sur le jeune âge de la femme.

Le 13 septembre, à 2 heures du matin, après une rigoureuse toilette vulvaire et vaginale, la femme est endormie à l'éther goutte à goutte. Après champ opératoire à l'iode et incision abdominale classique, l'utérus est complètement extériorisé et isolé parfaitement sur un lit de compresses. Sur l'organe ainsi extériorisé on délimite avec un nouveau jeu de compresses la seule région qui sera intéressée par l'incision, et cette dernière est à son tour légèrement touchée à l'iode. L'incision de l'utérus et l'extraction du fœtus sont effectuées rapidement et sans incident. La cavité utérine détergée au maximum est bourrée avec une longue mèche de gaze imbibée de teinture d'iode. Enfin, la suture utérine faite avec de la soie forte, on retouche la ligne d'incision avec le même antiseptique. L'utérus est replacé dans l'abdomen et recouvert par l'épiploon. Notons en passant qu'on n'a trouvé aucune adhérence consécutive à la première césarienne et que l'ancienne ligne d'incision ne présentait aucun amincissement.

Pendant les suites opératoires il n'y a jamais eu le moindre symptôme péritonéal. Pendant quelques jours les lochies ont été purulentes et fétides et la température est montée à 39° le sixième jour. Des injections et des attouchements intra-utérins iodés ont eu facilement raison de cette complication. La paroi abdominale a suppuré assez abondamment. Vingt jours après l'opération, la femme quitte la clinique en parfait état général avec cependant une légère suppuration de la partie inférieure de l'incision abdominale. Elle emmène avec elle un enfant très bien portant.

Observation II (1)

Il s'agit de la nommée A. R..., rachitique, à bassin généralement rétréci. La première intervention, qui fut faite à terme, au début du travail, le 13 août 1910, fut marquée au point de vue de l'acte opératoire par une seule particularité intéressante, c'est que, ayant rencontré le placenta au niveau de l'incision utérine, l'auteur avait pu, en procédant au décollement immédiat de ce dernier, puis des membranes, amener à l'extérieur l'œuf en bloc. Les suites opératoires ne furent incidentées que par quelques élévations de température et par une poussée phlébitique assez bénigne d'ailleurs au niveau de la jambe gauche. La femme quitta l'hôpital, complètement

(1) R. Gilles. — Réunion obstétricale et gynécologique de Toulouse, mars 1912.

rétablie, quarante et un jours après l'intervention. L'enfant mourut au dix-septième jour dans un état cachectique d'origine spécifique.

Grossesse actuelle. — A. R..., redevenue enceinte, le Wassermann étant positif, est soumise aux injections d'huile grise ; le traitement étant mal supporté n'est pas suivi très régulièrement. L'évolution de la grossesse se poursuit d'une façon normale. Pas de douleurs abdominales, pas de sensibilité ni d'amincissement au niveau de la cicatrice : cette dernière a contracté des adhérences avec l'utérus en deux régions, au niveau de sa portion moyenne et en bas dans la partie traversée par le drain.

Quinze jours avant le terme, la malade est prise de contractions très intenses et très rapprochées. Six heures après le début du travail, le toucher indique une dilatation avancée d'environ 5 centimètres. Dans l'aine de l'orifice utérin, à bords très amincis, bombe une poche des eaux volumineuse. Le fœtus est en S. P. D. Les bruits du cœur sont bons à 156.

Laparotomie huit heures après le début du travail. Chloroforme. Position déclive. Au préalable, les organes génitaux, vagin, poche des eaux (la dilatation est complète à ce moment) ont été passés à la teinture d'iode. Même application sur la paroi abdominale.

Incision le long et à gauche de la ligne cicatricielle qui se déprime aux points d'adhérence à chaque contraction.

Le péritoine ouvert, la brèche est agrandie dans les deux sens. L'épiploon est adhérent à la fois à la lèvre droite de la plaie et au tiers moyen de la cicatrice utérine dont la trace blanchâtre se dessine nettement sur le fond rouge de l'organe. Cette adhérence assez large est saisie au ras de son insertion par une pince et section-

née. Dès lors l'utérus libre est basculé hors du ventre et incisé sur sa face antérieure le long de la cicatrice elle-même. A travers la brèche, extraction d'un fœtus de 3120 qui se met à crier aussitôt.

Délivrance manuelle : Introduction d'un gros drain utérin et suture utérine au catgut n° 2 sur deux plans. Avant la fermeture complète de l'organe, une petite quantité de liquide amniotique qui s'était écoulée dans le vagin à l'ouverture des membranes reflue de l'extrémité supérieure du drain. Souillure d'un morceau d'épiploon qui est réséqué au ras de l'intestin. L'utérus est réintégré dans le ventre : suture de la paroi abdominale sur deux plans renforcés par des agrafes. Electrargol dans le drain. Pansement.

Suites opératoires simples. Les drains abdominal et utérin sont retirés au quatrième jour. Enlèvement des agrafes et des crins dans les délais ordinaires. La température reste normale ; au quatorzième jour, élévation jusqu'à 37°5, coïncidant avec l'élimination d'un catgut de la plaie pariétale.

Levée le 22e jour. Sortie le 47e. L'état de la malade est très satifaisant. Utérus gros, adhérent à la cicatrice qui est solide et linéaire.

Observation III (1)

Première intervention

La malade J. G..., âgée de 24 ans, entre à la Maternité de Vaucluse, le 11 janvier 1909.

L'interrogatoire touchant ces antécédents héréditaires apprend que la mère de la parturiente est morte d'une néphrite chronique après avoir donné le jour à cinq enfants, dont deux sont morts en bas âge, les autres actuellement vivants et bien portants.

En interrogeant la malade sur ses antécédents personnels, on apprend qu'elle a commencé à marcher seulement vers l'âge de 6 ans, et qu'elle a présenté des troubles gastro-intestinaux assez sérieux. Lentement s'organisent chez cette enfant des déformations osseuses parmi lesquelles celles du bassin vont rendre impossible tout accouchement normal. Réglée seulement à 17 ans, et d'ailleurs mal réglée, elle entre à la Maternité pour sa première grossesse à l'âge de 24 ans.

A l'entrée, on se trouve en présence d'une femme assez amaigrie, toussant depuis quelque temps. L'examen des poumons révèle une légère matité du sommet droit en arrière, avec une expiration prolongée du même côté. L'examen obstétrical montre un utérus remontant

---

(1) E. Garnier. — Thèse Montpellier, 1910.

jusqu'à l'ombilic. Les bruits fœtaux sont entendus à droite. La date des dernières règles remonte au 25 mai 1908, mais cette date ne donne pas exactement l'âge de la grossesse, car la parturiente a été toujours mal réglée.

Les antécédents rachitiques, la taille très petite de la femme (1 m. 40) attirent l'attention du côté du bassin et les diverses mensurations notées alors sont les suivantes :

Diamètre antéro-postérieur.....	17 cm.
— bis-iliaque.....	26 —
— bi-trochantérien.....	30 —

Le losange de Michaëlis est légèrement déformé et il y a un petit peu de scoliose à convexité droite.

Le toucher vient confirmer le diagnostic de rétrécissement du bassin en donnant comme diamètre promonto-sous-pubien après soustraction de 1 cent. 5 pour les parties molles, 8 cent. 5. On conclut donc à un bassin plat rachitique généralement rétréci chez lequel l'élément déformation entre très peu en ligne de compte.

Le 11 avril dans la journée la jeune femme éprouve quelques petites douleurs : déjà le diagnostic de la présentation a été fait. La tête est orientée en O. I. G. A., mais nullement amorcée, et les deux mains qui la palpent se la renvoient librement au-dessus du détroit supérieur. Cependant les douleurs augmentent d'intensité, se précisent dans la nuit du 11 au 12, permettant d'espérer un accouchement spontané ou tout au moins aidé d'une application de forceps pratiquée en temps opportun. Mais le 12 dans la matinée, alors que la dilatation est à peine commencée, l'auscultation du cœur devient de moins en

moins satisfaisante, révélant une diminution du nombre des pulsations et un notable affaiblissement dans l'intensité des bruits du cœur. La tête fœtale est alors à peine engagée. Bientôt les bruits du cœur deviennent plus rares : 50 pulsations. A ce moment une intervention devient nécessaire. La section césarienne parut à ce moment la seule ressource qui permît de sauver en même temps la mère et l'enfant.

L'extraction par la voie abdominale fut donc décidée : elle ne présenta aucun incident, si ce n'est la situation du placenta qui apparut au niveau de l'incision utérine et qui fut rapidement décollé avant l'extraction de l'enfant. Les suites opératoires pendant les premiers jours furent parfaites. L'enfant qui pesait 3 kilos put prendre le sein de sa mère et progressa très rapidement.

Mais le huitième jour une légère suppuration s'établit dans la paroi, suppuration qui céda bien vite à des lavages à l'eau oxygénée.

La femme put sortir au bout d'un mois complètement guérie.

Deuxième intervention (1)

A la suite de ce premier accouchement, la femme J. G..., continue à suivre avec son enfant les consultations de la Maternité. Enceinte de nouveau au début de 1911, sa grossesse est suivie avec soin, et sur les conseils

---

(1) P. Benoit. — Société de Médecine de Vaucluse. Décembre 1911.

du docteur Cassin elle entre à la Maternité le 10 octobre, quelque temps avant le terme prévu pour son accouchement.

A l'examen d'entrée, nous nous trouvons en présence d'une femme dans un état satisfaisant, dont la grossesse a été bonne et qui a eu simplement quelques vomissements pendant les premiers mois. La date des dernières règles remonte au 23 janvier. La hauteur utérine est de 28 centimètres, le maximum des bruits du cœur est à gauche, la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur sans tendance à l'engagement : les petits membres sont à droite, le dos à gauche et en avant. Nous sommes donc en présence d'une présentation normale en O. I. G. A. L'examen du bassin confirme les renseignements fournis par l'observation du premier accouchement.

Le premier enfant n'ayant pu être expulsé par les voies naturelles, il semble peu probable que la parturiente puisse accoucher normalement de ce nouveau fœtus. Une nouvelle césarienne est donc décidée en principe, si l'engagement ne se fait pas au moment du travail.

Le 2 novembre 1911, à 7 heures du soir, la femme J. G... ressent les premières douleurs. Le col est mou, effacé, pas encore dilaté. La tête toujours très mobile au-dessus du détroit supérieur. Les bruits du cœur fœtal sont bons. A 10 heures, le travail continuant normalement sans amener l'engagement fœtal, la parturiente est amenée au pavillon de chirurgie, où sous le contrôle de notre maître le docteur Cassin nous procédons à l'extraction de l'enfant par la voie abdominale.

Après l'incision de la peau et de la paroi musculaire, parallèlement et tout à côté de la cicatrice laissée par la première intervention, nous tombons sur un utérus entièrement libre, n'ayant aucune adhérence péritonéale

et sur lequel on ne retrouve pas trace de la première incision.

Nous ponctionnons au bistouri la paroi utérine nullement amincie du fait de la première intervention. Nous la sectionnons aux ciseaux de haut en bas sur une longueur de 15 centimètres environ. L'enfant est extrait rapidement et le cordon étant sectionné, les membranes et le placenta sont facilement retirés de la cavité utérine.

Nous avons été frappé par le peu d'abondance de l'hémorragie au niveau de la section de l'utérus. Cet organe est soigneusement suturé au catgut, suivant la technique habituelle ; l'opération est terminée par la reconstitution en trois plans de la paroi abdominale.

Du sang s'est écoulé par le vagin en assez grande quantité pendant les deux ou trois premières heures qui ont suivi l'accouchement. Il nous a paru dû aux contractions de l'utérus vidant cet organe des caillots qu'il contenait.

L'enfant, en parfait état, pèse 3 kilogr. 400. Les suites de couches sont parfaites. La mère et l'enfant sortent complètement rétablis le 21 novembre, 20 jours après l'intervention.

L'enfant, qui a suivi depuis lors la consultation des nourrissons, a continué à progresser normalement.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Le manuel opératoire dans l'itérative normale diffère peu de celui indiqué par les auteurs dans les traités d'obstétrique pour la césarienne conservatrice classique. Toutefois la présence de cicatrices anciennes, pariétales et utérines, la possibilité d'adhérences utéro-pariétales, l'amincissement possible de la paroi utérine au niveau de l'ancienne cicatrice, nécessitent parfois certaines modifications de la techique opératoire que nous allons étudier, bien que, dans le cas observé par nous, l'absence complète de toute complication n'ait en rien modifié la marche habituelle des six temps opératoires décrits par Bar (1).

Et tout d'abord, à quel moment pratiquons-nous notre intervention ?

Si, avec Pinard et Budin, si, avec nos maîtres M. le professeur Puech, M. le docteur Cassin, nous admettons pour une première césarienne l'intervention au début du travail, en sera-t-il de même alors que nous interviendrons une seconde fois sur un même

(1) Bar. — Pratique de l'art des accouchements.

utérus. Bar (1), déjà partisan de l'intervention avant tout début de travail dans la césarienne conservatrice, l'est plus encore dans la césarienne répétée. Son opinion est basée sur les dangers de rupture que court un utérus au niveau de la cicatrice primitive du fait des contractions du travail.

Dans les 11 cas de rupture rapportés par Levasseur (2), une seule se produisit après le début des contractions; toutes les autres ont eu lieu dans les deux derniers mois de la grossesse. Il ne semble donc pas que les contractions du travail jouent un rôle très important dans la pathogénie de la rupture et, à l'appui de cette opinion, nous pouvons citer un fait rapporté par M. Delmas (Obs. I) qui a opéré la malade 40 heures après le début du travail, sans qu'à aucun moment il n'y ait eu menace de rupture utérine.

D'autre part, en opérant au début du travail, nous obtenons des enfants entièrement à terme et présentant par conséquent le maximum des chances de survie. Nous évitons aussi à la mère les dangers parfois signalés de l'atonie utérine et les risques d'hémorragie que peut lui faire courir cette complication. Il semble donc que la crainte problématique d'une rupture utérine ne puisse contre-balancer les inconvénients qu'il peut y avoir à opérer avant que le travail ne soit déclaré. Il est bien entendu, cependant, que dans certains cas très spéciaux on sera autorisé à opérer avant le début du travail, et qu'il faudra éviter les contractions à un muscle utérin très aminci au niveau de l'ancienne cica-

---

(1) Bar. — Pathologie obstétricale.

(2) Levasseur. — Thèse Lille, 1908.

trice et surdistendu, soit par une grossesse gémellaire, soit par un hydramnios important.

Dans l'observation que nous rapportons, sur les conseils du Dr Cassin, nous sommes intervenu dès le début du travail et n'avons eu qu'à nous louer des résultats de cette décision tant au point de vue de la mère qu'au point de vue de l'enfant.

Ouverture de l'abdomen. — Nous ne discuterons pas les différentes méthodes proposées pour l'incision de l'abdomen. Depuis Mauriceau et Deleurye, l'incision de la ligne blanche est la seule usitée.

On la pratique en général parallèlement et à gauche de la cicatrice laissée par la première intervention. Dans certains cas assez rares il peut s'être fait au niveau de la première incision, une hernie de la paroi abdominale qui modifie quelque peu la technique opératoire. La statistique de Haven et Young montre que, sur 167 observations de césarienne conservatrice, on n'a pu noter que 5 fois la hernie secondaire à l'intervention.

D'ailleurs en ces cas-là on traitera la hernie en général épiploïque comme si la femme n'était pas enceinte, puis on réséquera la cicatrice ancienne et l'on passera à l'opération césarienne proprement dite.

Incision de l'utérus. — La paroi abdominale étant incisée, une première complication peut se présenter du fait des adhérences utérines, soit le plus fréquemment avec l'épiploon, soit avec l'intestin, soit avec la paroi abdominale.

S'il existe des adhérences épiploïques et si elles sont faibles on les décollera avec les doigts, ou bien on les sectionnera entre deux ligatures si elles sont plus inti-

mes. On agira de même en cas d'adhérences entre la paroi et l'utérus. La présence d'adhérences trop fortes nécessitera parfois l'incision de l'utérus en dehors de la ligne d'incision habituelle. Quand les adhérences sont faites au niveau de l'intestin, ce qui est rare, on essaiera de les détacher sans le blesser. Dans le cas contraire on sera contraint de réséquer une portion d'intestin et pratiquer soit la suture bout à bout, soit l'entéro-anastomose.

L'utérus étant isolé de ses adhérences dans la plupart des cas, et c'est ce qui s'est produit dans le fait que nous avons observé, la cicatrice de la première intervention est invisible et l'on incise l'utérus dans la portion médiane et supérieure de sa face antérieure. Dans le cas où un amincissement s'est produit au niveau de l'ancienne cicatrice, on peut soit réséquer la portion amincie de l'utérus, ce qui diminue le volume de l'organe et augmente les chances de rupture lors des prochaines grossesses, soit pratiquer l'incision en un autre point de l'utérus, ou transversalement sur son fond selon le procédé de Frisch, ou en tout autre point de l'organe parallèlement à la cicatrice primitive.

Dans le cas d'amincissement trop accentué, on pourra être amené à redouter une grossesse ultérieure et être par le fait même autorisé à rendre la femme stérile. Nous envisagerons d'ailleurs cette question en étudiant les résultats de la césarienne itérative.

L'utérus étant ouvert, nous sommes ramené à la technique de la césarienne ordinaire. Il nous faut cependant signaler les cas très rares où l'on trouve des adhérences du placenta au niveau de l'ancienne cicatrice utérine.

Brindeau (1) en rapporte un cas dans lequel il fut obligé d'effriter complètement le placenta pour extraire l'arrière-faix.

L'utérus vide de son contenu, et sachant, comme l'a dit Wallace, « que toutes les opérations césariennes doivent être faites en vue d'une grossesse ultérieure », on pratiquera très attentivement les sutures utérine et abdominale classiques, éclaircissant par la minutie avec laquelle on les aura faites le pronostic d'une nouvelle grosssesse.

---

(1) Brindeau.— *Obstetrique,* 1909.

RÉSULTATS DE LA CÉSARIENNE ITÉRATIVE

Si dans une opération chirurgicale ordinaire on envisage simplement le résultat au point de vue du malade, dans une intervention obstétricale il faut faire entrer en ligne de compte non seulement le résultat au point de vue de la parturiente, mais encore le résultat au point de vue du produit de son accouchement, c'est-à-dire au point de vue du fœtus ; et une opération ne sera bonne et ne sera réellement à conseiller que si elle donne les meilleurs résultats possibles tant au point de vue de la mère qu'au point de vue de l'enfant.

Quels sont les résultats de l'itérative à ce double point de vue ? N'a-t-elle pas une influence fâcheuse sur les enfants qu'elle contribue à mettre au monde ? Les conséquences qu'elle peut avoir ne contribuent-elles à assombrir le pronostic d'une prochaine grossesse pour la mère ?

Ce sont là autant de points que nous nous proposons d'étudier maintenant.

Résultats au point de vue de l'enfant. — Les traumatismes répétés qu'on fait subir à l'utérus devraient, semble-t-il, avoir une influence sur la durée des gestations

postérieures, et plusieurs auteurs ont accusé la césarienne conservatrice et répétée de provoquer, soit des avortements, soit des accouchements avant terme dans les grossesses qui lui succèdent. On a incriminé surtout la présence d'adhérences utéro-abdominales qui agiraient en tiraillant sur l'utérus.

Fruhinsoltz (1) rapporte à ce sujet la statistique de von Leuwen, qui sur 361 grossesses après l'opération césarienne conservatrice note 8 avortements soit 2,4 % et donne les chiffres personnels de 8 avortements pour 79 grossesses post-césariennes. Si on enlève de ce chiffre minime les avortements dus à une autre cause qu'à l'intervention antérieure sur l'utérus, on doit arriver à un nombre inférieur, ce qui réduit à peu près à néant cette complication de la césarienne itérative.

Quant aux accouchements avant terme, nous ne les avons vus signalés dans aucun cas, sauf toutefois dans notre observation n° II où la femme entre en travail 15 jours avant le terme de son accouchement. Dans les deux autres cas que nous publions, et en particulier dans notre observation personnelle, l'enfant était parfaitement à terme. Cela peut d'ailleurs s'expliquer par le fait que si M. Gilles a trouvé des adhérences utéro-pariétales, nous sommes tombé sur un utérus entièrement libre dans la cavité abdominale.

Mais si la césarienne itérative a peu ou pas de conséquences quant à la durée de la gestation, en est-il de même au point de vue du développement du produit de cette gestation ? Dans ce cas-là, on a encore incriminé des adhérences utéro-pariétales.

---

(1) Fruhinsoltz. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique,* 1906.

Fruhinsoltz, dans le travail déjà cité, montre que les enfants produits de césariennes itératives progressent normalement. Il établit un premier tableau de femmes ayant subi une seconde césarienne. Les poids des produits de ce second accouchement sont sensiblement pareils aux poids des produits des césariennes primitives. Dans un second tableau des femmes ayant subi une troisième intervention, il montre que le poids des enfants augmente dans les mêmes proportions que chez une multipare ordinaire, ce qui lui permet de dire « que si le poids des fœtus reste sensiblement égal à lui-même à la deuxième intervention il accuse une tendance à s'accroître à la troisième, même en coïncidence avec des adhérences utéro-pariétales ».

Si nous en revenons toujours aux faits cliniques que nous publions, nous constatons que, dans les trois cas, les enfants nés grâce à une hystérotomie répétée pèsent au moins 3 kilos, et que, dans le cas qui nous est personnel, l'enfant que nous avons extrait par la voie abdominale pesait 400 grammes de plus que l'enfant né grâce à une première césarienne. Nous sommes autorisé à conclure avec Bar « que la césarienne répétée chez une même femme donne des produits fœtaux dont les qualités légitiment absolument la récidive opératoire ».

Résultats pour la mère. — Si les résultats de la césarienne itérative sont très satisfaisants au point de vue de l'un des deux facteurs que nous avons envisagés, l'enfant, en est-il de même lorsqu'on envisage les conséquences de l'hystérotomie répétée pour la mère ?

La césarienne conservatrice, et plus encore la conservatrice itérative, est et restera toujours une opération

grave par suite des dangers inhérents à toute laparotomie. Mais, outre les conséquences immédiates de l'opération qui sont réduites au minimum par l'observation stricte des lois de l'asepsie, la césarienne itérative a des conséquences éloignées qui aggravent, semble-t-il, pour la mère le pronostic des grossesses ultérieures.

Ce sont ces conséquences que nous allons étudier. Nous les avons déjà énoncées en partie en traitant de la technique opératoire : ce sont les adhérences utéro-abdominales et l'amincissement de la paroi utérine. Il en est deux autres qui peuvent menacer la grossesse d'une femme déjà hystérotomisée, nous voulons parler de l'éventration et de la rupture utérine.

L'éventration, qui n'est pas seulement le fait de la césarienne mais peut se produire à la suite de toute laparotomie, paraît due dans la majorité des cas à une faute de technique et apparaît en général sur une paroi ayant suppuré à la suite d'une intervention. Dans notre observation, la paroi abdominale avait suppuré lors de la première césarienne, sans que cela ne nuisît en rien à la marche de la seconde grossesse. Il est évident qu'une seconde intervention peut affaiblir la paroi qui pourra céder si la femme est enceinte une troisième fois. Bar a rapporté ce fait dans une des itératives qu'il a pratiquées. Il se trouva lors d'une troisième gestation chez une femme ayant subi deux césariennes en présence d'une éventration qui ne nuisit d'ailleurs en rien à l'évolution normale de la grossesse qui fut menée à terme, l'éventration ayant été maintenue par une ceinture appropriée.

Cette complication rare peut être évitée si l'on a soin, comme nous l'avons indiqué, de réséquer lors d'une nouvelle intervention la cicatrice primitive et d'appliquer méthodiquement la suture en triple étage.

Les adhérences, par contre, semblent assez fréquentes après l'opération césarienne. C'est du moins ce qui résulte de la constatation des auteurs qui ont eu à répéter un certains nombre de fois cette opération.

Wallace (1) a trouvé des adhérences dans 43 cas sur 62 césariennes répétées. Von Leuwen (2) rapporte 117 cas dans lesquels on a trouvé des adhérences diverses dans 76 cas. Fruhinsoltz a réuni 52 cas dans lesquels il y a eu 35 fois des adhérences. Par contre, le professeur Charles (3), de Liège, n'a trouvé sur 10 itératives que « des brides légères et des adhérences sans importance s'allongeant lors d'une nouvelle grossesse. Brindeau (4) a rencontré 6 fois des adhérences dans 70 opérations, n'ayant pas compté comme telles les adhérences légères de l'épiploon, soit avec la paroi, soit avec l'utérus.

Le degré de ces adhérences est variable. Le plus souvent elles sont très friables et faciles à déchirer : mais dans certains cas elles sont très intimes et l'épiploon peut former un matelas épais entre l'intérus et la paroi. Ce sont ces adhérences considérables qui faisaient regarder par les anciens auteurs la césarienne itérative comme ayant un pronostic plus favorable que la première intervention, puisqu'elle leur permettait d'opérer sans pénétrer dans la cavité péritonéale. C'est en s'inspirant de la même idée que les Américains favorisent la formation d'adhérences et que Wallace suture l'utérus et la paroi abdominale, partant de ce principe que « les

---

(1) Wallace. — *J. of. and Gyn. British Emp.*, 1904.
(2) Von Leuwen. — Thèse d'Utrecht, 1904.
(3) Charles. — *Journal d'accouchement de Liège*, 1904.
(4) Brindeau. — *Obstétric.*, 1909.

adhérences utéro-pariétales laissent l'opération répétée simple et aisée ».

Les adhérences, nous l'avons déjà indiqué, peuvent être de nature différente. Ce sont le plus souvent des adhérences utéro-épiploïque sans grande importance : dans d'autres cas, c'est l'utérus qui vient se fixer à la paroi, constituant ainsi une véritable hystéropexie spontanée et les adhérences sont alors plus ou moins intimes; les unes allongées en forme de corde, et les autres rubanées et formant un véritable pont qui relie la ligne de suture utérine à la paroi abdominale.

Les adhérences intestinales, beaucoup plus rares, sont aussi d'une gravité plus considérable. Elles peuvent se produire soit entre l'intestin et la paroi abdominale, soit entre l'intestin et l'utérus.

Voron et Tixier (1) publient une observation de césarienne itérative dans laquelle ils furent obligés de réséquer plus de 20 centimètres d'intestin : la malade guérit d'ailleurs parfaitement.

A quoi peut-on attribuer les adhérences ? Charles et von Leuwen pensent que les viciations pelviennes et le maintien prolongé au lit peuvent être considérés comme une des causes. De même les points de suture, en tant que corps étrangers, doivent jouer un rôle ; on a aussi incriminé le sang qui suinte forcément au niveau de la section utérine. Toutefois la majorité des auteurs considèrent l'infection comme la cause la plus importante des adhérences ou tout au moins des adhérences considérables.

D'après von Leuwen, dans 98 p. 100 des cas où on a

---

(1) Voron et Tixier. — *Lyon médical*, 1907.

trouvé des adhérences, la température était montée au-dessus de 37°5. Brindeau constate que, dans les cas qu'il a opérés et où les adhérences ont été sérieuses, les suites de couches avaient été franchement pathologiques. De fait, dans les observations que nous publions, les suites de couches avaient été bonnes lors des premières interventions, coïncidant avec l'absence complète d'adhérences lors de la deuxième césarienne.

D'ailleurs les adhérences paraissent peu compliquer les grossesses ultérieures si elles peuvent occasionner quelques douleurs pendant la gestation. Comme l'a remarqué Fruhinsoltz sur une de ses parturientes, si elles peuvent gêner un seconde hystérotomie, il ne semble pas qu'elles assombrissent beaucoup le pronostic d'une nouvelle grossesse et d'une nouvelle intervention, sauf toutefois lorsqu'il y a des adhérences intestinales.

Il semble d'ailleurs possible de nos jours d'éviter cette complication, surtout dans ses formes graves, en prenant les précautions d'asepsie nécessaires.

Avec les adhérences, on a signalé une troisième complication de la césarienne itérative, l'amincissement de la paroi au niveau de la cicatrice ancienne. Très fréquente pour certains auteurs, cette complication a été rencontrée par Haven et Young, cinq fois sur 74 observations de césarienne itérative. Essen Moller en a recueilli 15 cas sur 101 césariennes. Fruhinsoltz et Oni en ont publié quelques observations.

D'après Couvelaire (1), beaucoup d'auteurs auraient signalé un amincissement de la paroi. Pour d'autres, au contraire, cette complication n'existe pas.

---

(1) Couvelaire. — *Annales d'obstétrique et de gynécologie*, 1908.

Boyd (1) cite un cas dans lequel la paroi est intacte et ne porte pas trace de cicatrice, et M. le professeur Charles écrit : « J'ai pratiqué dans mon service 31 césariennes conservatrices avec la suture de Sangers. J'ai opéré quinze femmes une fois, quatre deux fois, une trois fois et une cinq fois. Jamais il n'y a eu de rupture : j'ai vu dans tous les cas la paroi utérine aussi forte à l'endroit de l'ancienne suture qu'ailleurs. » M. Delmas note également dans notre observation n° I que « l'ancienne ligne d'incision ne présentait aucun amincissement ». Nous-même, dans notre intervention, n'avons pas retrouvé la trace de la première césarienne.

A quelle cause faut-il rattacher cet amincissement qui, quoique rare, doit entrer en ligne de compte dans l'évaluation de la gravité de la césarienne itérative.

Faut-il incriminer le mode de suture ? C'est peu probable, puisque, comme le dit Couvelaire, toutes les femmes ont été opérées suivant le procédé classique. L'infection ne peut expliquer tous les cas, puisque parmi eux, comme le fait remarquer Brindeau, il en est qui furent apyrétiques. Everke et Meyer pensent que, si le placenta vient s'insérer sur la face antérieure de l'utérus au niveau de la cicatrice, les villosités chorlales peuvent pénétrer dans le muscle et le détruire. Pinard a d'ailleurs montré l'amincissement du muscle utérin au niveau de l'insertion placentaire ordinaire. Pour Brindeau, il est tout simplement possible que, « sous l'influence des contractions utérines, les fils soumis à des alternatives de relâchement et de tension finissent par se desserrer

(1) Boyd. — *American J. of obst. N. Y.*, 1906.

et que les lèvres de la plaie insuffisamment accolées ne se réunissent pas sur toute l'épaisseur du muscle ».

Faut-il incriminer la répétition des césariennes. Bar à ce sujet rapporte l'histoire d'une femme qu'il a opérée pour la seconde et la troisième fois et chez qui la paroi normale, lors de la première intervention, était réduite à l'épaisseur d'une feuille de papier, lors de la troisième. D'autre part, nous avons vu plus haut que Charles avait opéré une femme cinq fois sans constater de changement dans l'épaisseur de la paroi.

Quelle que soit la cause de l'amincissement du muscle utérin au niveau de la cicatrice primitive, c'est une complication grave, par la crainte de la rupture de l'utérus, dont elle peut être la cause. Cette crainte sera, d'ailleurs, une des seules raisons qui autorisera la stérilisation d'une femme présentant un amincissement trop considérable. On doit, d'ailleurs, pouvoir éviter cet amincissement par le soin qu'on apportera à pratiquer la suture utérine. En tous cas, si la possibilité d'une rupture doit rendre l'accoucheur prudent, cette complication, nous le verrons, n'est pas assez fréquente pour diminuer les indications de la césarienne itérative.

L'amincissement de la cicatrice primitive a été donnée comme une des causes de la dernière et de la plus grave des complications de la césarienne itérative, la rupture utérine. Que faut-il penser de cette complication ? Il est évident que sa fréquence plus ou moins grande entraînera ou non la condamnation de la césarienne itérative. Un accoucheur n'aurait pas le droit de conseiller à une femme une intervention qui lui ferait courir des risques aussi grands que ceux qu'entraîne une rupture utérine.

Couvelaire qui, dans l'article déjà cité, a étudié la question de la rupture utérine postérieure à l'hystéro-

tomie répétée, a pu écrire « qu'un fait domine l'étiologie actuelle des ruptures utérines après la section césarienne, c'est sa rareté ». Si jadis, en effet, les ruptures étaient fréquentes avant l'ère de l'asepsie et des sutures utérines, alors que forcément l'accolement des deux lèvres de l'incision était déplorable, à l'heure actuelle, grâce à la pratique méthodique et soignée de la fermeture de l'utérus, grâce surtout aux progrès de l'asepsie, la rupture utérine est devenue une complication exceptionnelle, si bien que Couvelaire, sur une pratique de 20 ans, n'a pu en relever que 9 cas.

Quelle est la cause de ces ruptures ? On a incriminé trois facteurs : l'état anatomique de la cicatrice, le rôle de la distension utérine, et le rôle de l'insertion placentaire au niveau de la cicatrice.

L'état de la cicatrice paraît être une des causes les plus importantes de la rupture du muscle utérin. Dans la plupart des cas rapportés par Couvelaire, on a noté l'amincissement de la paroi au niveau de la déchirure. Et dans les deux ou trois cas où l'on a pratiqué l'examen histologique, on a constaté la disparition d'un certain nombre de fibres musculaires. Toutefois, amincissement n'est pas synonyme de rupture, puisqu'alors que cette complication est un fait très rare, on a retrouvé l'amincissement de la cicatrice dans 17 p. 100 des cas de césariennes répétées. D'ailleurs, dans un des cas rapportés par Couvelaire, la rupture se fit en dehors de la ligne d'incision primitive.

L'amincissement ne suffit pas à lui seul pour expliquer la rupture, aussi fait-on jouer un rôle important à la distension utérine à la fin de la grossesse. Il est bien évident que la distension mécanique de l'utérus, portant sur une large cicatrice fibro-membraneuse, mince et peu élastique

ne saurait être considérée comme un facteur négligeable. Dans les 9 cas de rupture cités par Couvelaire, cette dernière s'est toujours produit pendant les deux derniers mois de la grossesse, au moment où l'utérus commence à atteindre son maximum d'extension. De plus, dans deux de ces cas la distension utérine était notablement exagérée. Dans le cas de Woyer, il y avait une grossesse gémellaire avec hydropisie des deux œufs, et, dans un second cas personnel à Couvelaire, la grossesse était compliquée d'hydramnios.

D'autre part, Abel a publié le cas d'une femme qui, après une césarienne conservatrice, mit au monde deux jumeaux, pesant respectivement, l'un 3 k. 010 et l'autre 2 k. 540, sans qu'il y ait eu la moindre menace de rupture.

Un troisième facteur a été invoqué pour expliquer la rupture utérine : c'est l'insertion placentaire au niveau de l'ancienne cicatrice.

Everke et Meyer qui se sont faits les promoteurs de cette idée, à propos de l'amincissement de la ligne d'incision primitive, expliquent de même la rupture utérine. Pour eux elle serait due à la pénétration des villosités choriales dans le tissu musculaire avoisinant la cicatrice. Dans un cas qu'ils rapportent, ils ont retrouvé des villosités choriales jusqu'au voisinage du péritoine utérin. Cette explication paraît très discutable, puisque, dans la plupart des cas de rupture, le placenta ne s'insérait pas au niveau de la cicatrice. Toutefois, il semble bien que l'insertion placentaire, qui normalement amincit le muscle utérin puisse contribuer à diminuer la résistance d'une paroi déjà moins robuste, du fait d'une première incision.

La répétition des césariennes joue-t-elle aussi un rôle

dans la rupture utérine? Et tel muscle utérin qui, incisé deux fois, a supporté une troisième grossesse, en supportera-t-il une quatrième après une nouvelle incision?

Nous avons essayé de retrouver des éléments d'appréciation à ce sujet dans les divers cas de rupture publiés. Lobenstine (1) rapporte un cas de rupture de l'utérus à la troisième grossesse après deux césariennes. Sur les neuf cas déjà cités, cinq eurent lieu à la deuxième grossesse, deux à la troisième et deux à la quatrième. Ekstein (2) publie un cas de rupture au niveau de la deuxième cicatrice chez une femme grande multipare, ayant été opérée une seconde fois par le procédé de Frisch. Il semble difficile, d'après ces quelques données, de se faire une opinion sur le rôle de la répétition des césariennes dans la rupture utérine, d'autant que pas mal d'accoucheurs pratiquent systématiquement la stérilisation de la femme après un certain nombre de césariennes. Marbott (3), en particulier, la recommande systématiquement après une seconde intervention. Cette formule nous paraît exagérée. Il est évident que la multiparité doit entrer en ligne de compte dans le pronostic des césariennes itératives. Elle joue un rôle dans la rupture utérine banale ; à plus forte raison doit-elle être mise en cause lorsqu'il s'agit d'un utérus traumatisé par des incisions répétées. Pour notre part, nous admettons que chaque muscle utérin a sa qualité particulière, que sa résistance est plus ou moins grande, qu'il faut tenir compte de ce quotient personnel dans la conduite à tenir

---

(1) Lobenstine. — *Am. J. Obst. N. Y.*, 1908.

(2) Ekstein. — *Presse médicale*, 1904.

(3) Marbott. — *Am. J. Obst. N. Y.*, 1906.

lors d'une nouvelle itérative. Il est bien évident que tel utérus incisé trois et quatre fois mènera à bien une cinquième grossesse, alors que tel autre se rompra, si la femme est enceinte à nouveau après une première césarienne. Mais il nous semble difficile de préjuger de la valeur plus ou moins grande d'un utérus.

Quelles que soient les causes de la rupture utérine, c'est une complication trop rare pour avoir une grosse influence sur l'adoption ou le rejet de la césarienne itérative : elle nécessitera simplement de la part de l'accoucheur une surveillance plus grande de la femme ayant déjà subi une première césarienne et étant enceinte à nouveau. De toutes les conséquences de la césarienne itérative que nous avons signalées comme pouvant amener pour la mère des complications lors d'une nouvelle grossesse, les unes fréquentes comme les adhérences sont le plus souvent bénignes, les autres graves sont heureusement fort rares, et nous pouvons conclure avec Bréau (1), élève de Bar, « qu'une nouvelle grossesse fait courir à la femme quelques risques ; une opération césarienne récidivée peut être plus difficultueuse ; mais les statistiques prouvent que les risques ainsi courus sont minimes. La crainte de les voir se produire ne doit pas nous autoriser à abandonner la section césarienne conservatrice, au profit des opérations mutilatrices. »

---

(1) Bréau. — Th. de Paris, 1905.

INDICATIONS ET PRONOSTIC

Ce sont des résultats favorables de la césarienne itérative que découlent les indications et le pronostic de cette intervention. A l'heure actuelle, les indications de la césarienne conservatrice sont bien établies, et nous n'avons pas à étudier ici les avantages que présente cette opération sur les autres opérations obstétricales que l'on met en balance avec elle : la symphyséotomie et l'accouchement prématuré.

L'hystérotomie répétée a des indications plus précises, moins étendues que celles de la césarienne primitive.

Si celle-ci, en effet, doit être employée dans un certain nombre de cas où la vie de la mère et de l'enfant est menacée, dans la procidence du cordon, par exemple, l'itérative reste limitée plus spécialement au cas où un obstacle s'opposera, à chaque accouchement, à l'expulsion du fœtus ; en d'autres termes, l'itérative s'adresse plus spécialement aux rétrécissements du bassin.

La répétition de l'acte opératoire est jusqu'à un certain point de vue un facteur de réussite dans l'intervention. Si, en effet, une primipare à bassin rétréci arrive souvent au début du travail sans avoir vu l'accou-

cheur et s'il est parfois trop tard pour que celui-ci puisse intervenir utilement, lors d'une seconde grossesse, et c'est ce qui s'est produit dans le cas que nous avons observé, prévenue par la difficulté de son premier accouchement, la parturiente se fera examiner durant tout le temps de sa gestation au terme de laquelle on opérera dans des conditions beaucoup plus favorables.

Si les indications de l'intervention répétée se posent nettement, il est un point qui reste à envisager, c'est de savoir si les césariennes répétées seront toujours conservatrices et si nous ne serons pas, dans quelques cas très particuliers, autorisé à pratiquer une opération mutilatrice. Il sera indiqué de stériliser une femme, soit à cause de son état général, soit à cause de l'état spécial de son utérus.

Il est évident que, si nous avons affaire, par exemple, à une tuberculeuse présentant des lésions torpides durant deux grossesses successives nécessitant des césariennes, si cette tuberculose paraît se réveiller lors d'une troisième grossesse, nous serons autorisé à stériliser notre malade au moment d'une troisième intervention pour éviter des complications que pourrait amener une nouvelle gestation.

Par contre, la crainte de l'infection péritonéale possible ne sera pas toujours une cause suffisante pour autoriser un accoucheur à transformer une césarienne conservatrice en une hystérectomie. Nous nous appuyons pour soutenir cette idée sur notre observation I, dans laquelle une femme qui avait de grandes chances d'être infectée, et que beaucoup d'accoucheurs auraient hystérectomisée, obtint cependant un résultat parfait d'une césarienne itérative conservatrice. De même, dans notre observation II, où la conservatrice ne fut pratiquée,

malgré la menace d'infection, que sur le désir de la mère, les suites opératoires furent parfaites. D'ailleurs, on peut toujours pratiquer l'ablation de l'utérus dans une intervention secondaire à la moindre menace d'infection péritonéale. C'est ce que fait Riss (1) (de Marseille), dans une observation publiée dernièrement.

On a surtout invoqué, pour autoriser la stérilisation de la femme à la suite d'une itérative, l'amincissement de la paroi. Nous avons déjà vu la rareté de cette complication. Et, sauf quelques cas exceptionnels où l'amincissement est très marqué, on n'est pas autorisé par la crainte d'une rupture peu probable à enlever à la femme la possibilité d'une nouvelle grossesse. Nous avons d'ailleurs déjà signalé que l'on peut éviter en grande partie cet amincissement de la paroi par la minutie avec laquelle on pratique la suture utérine et qu'un amincissement léger sera sans conséquence si l'on pratique la nouvelle incision en un autre point de la surface utérine.

Il est difficile d'établir une règle fixe sur la question de savoir à quel moment on est autorisé à hystérectomiser une femme ayant subi plusieurs césariennes. L'opérateur se basera sur les résultats obtenus par la césarienne précédente et sur l'aspect extérieur de l'utérus.

La décision sera différente suivant chacune des césariennes qu'il pratiquera, chaque utérus ayant une personnalité propre, plus ou moins résistante, plus ou moins robuste. L'accoucheur ne s'exagèrera pas les dangers de l'itérative; il se rappellera cependant que c'est une intervention grave et qu'il y aura intérêt pour lui à suivre très

---

(1) Riss. — *Revue mensuelle de gynécologie et d'obstétrique*, mai 1912.

attentivement une femme ayant subi plusieurs césariennes lors d'une nouvelle grossesse. On ne peut nier, en outre, que la césarienne conservatrice et plus encore la césarienne itérative ne restent encore une intervention d'hôpital et de clinique qui n'est pas facilement praticable pour un praticien.

CONCLUSIONS

L'emploi de la césarienne itérative a, durant ces dernières années, marché de pair avec celui toujours plus fréquent de la césarienne conservatrice dont elle est la conséquence. L'itérative mérite la faveur dont elle est l'objet.

La technique opératoire est simple, à peine plus compliquée par instant que celle de l'opération primitive, à cause des adhérences utéro-pariétales qui sont facilement sectionnées dans la majorité des cas, et dont le nombre ira sans doute en diminuant grâce au perfectionnement de la technique et de l'asepsie.

L'itérative donne des produits parfaite au point de vue de l'enfant, qui à chaque nouvelle grossesse suivent leur accroissement de poids normal. Si nous nous en rapportons simplement aux trois observations que nous publions, les résultats sont non moins parfaits pour la mère ; mais l'accoucheur ne doit pas oublier que l'on a signalé des complications graves dues à l'hystérotomie, et craindre toujours une rupture utérine. Mais la

rareté de cette catastrophe ne peut contre-balancer les avantages de la césarienne itérative.

Cette intervention tire ses indications de la présence d'un rétrécissement pelvien. L'itérative sera le plus souvent conservatrice et l'on opérera presque toujours en vue d'une nouvelle gestation. On ne sera autorisé à stériliser une femme que lorsqu'elle courra un réel danger du fait d'une nouvelle grossesse.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 17 juillet 1912.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 17 juillet 1912.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaïssant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

MONTPELLIER — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE